FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PÉAUD

Né le 12 janvier 1889, à La Roche-sur-Yon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Rapports réciproques de la Tuberculose et de la Puerpéralité

d'après la statistique relevée à la Clinique Baudelocque de 1904 à 1914

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

Louis ARNETTE

2, Rue Casimir-Delavigne

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de très profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE PÉAUD

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES
ET DE MA GRAND'MÈRE DE GRANDCOURT

A MES ONCLES, TANTES ET COUSINS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Rapports réciproques de la Tuberculose et de la Puerpéralité

D'APRÈS LA STATISTIQUE RELEVÉE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DE 1904 A 1914

Dans ces premières lignes, nous tenons à exprimer notre très vive gratitude à M. le professeur Couvelaire qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, à M. le Dr Lévy-Solal, accoucheur des Hôpitaux, qui a bien voulu nous en inspirer le sujet et nous en fournir de précieux éléments, à M. le Dr Vignes, chef de clinique à la Faculté, qui a mis à notre disposition de très intéressants documents, et enfin à M. le Dr Sellet, chef de clinique adjoint à la Faculté qui nous a donné tant de preuves de son amitié et aux conseils éclairés de qui nous avons eu recours si souvent.

INTRODUCTION

En commençant ce travail, nous avions l'intention d'y étudier les rapports de la tuberculose avec la gestation. Mais bientôt l'étendue et la complexité d'un tel sujet nous sont apparues et nous avons compris combien il serait téméraire d'oser aborder dans une thèse, la discussion d'un problème vers la solution duquel tant de maîtres éminents ont dirigé et dirigent encore leurs efforts. Nous avons cependant pensé qu'il pourrait être intéressant de savoir combien, dans une période de dix ans, sont passées à la clinique Baudelocque, de femmes portant ou ayant porté des lésions de tuberculose pulmonaire et de rechercher ce que la lecture et l'étude de leurs observations pouvaient nous apprendre. Nous ne nous occuperons donc ni des femmes qui sont atteintes de tuberculose osseuse ou laryngée, ni de celles qui sont atteintes ou l'ont été de pleurésies, ni enfin de celles, qui ne sont que des prédisposées et que Monnier a longuement étudiées dans la thèse qu'il a préparée en 1908 dans cette maison.

Nous avons trouvé qu'entre 1904 et 1914 (nous n'avons point fait porter notre statistique sur les

années de guerre), sur les 19.357 femmes qui ont accouché à la clinique Baudelocque, 212 avaient présenté ou présentaient lors de leur accouchement, des signes nets de tuberculose pulmonaire. Dans la première partie de notre travail nous chercherons comment, chez ces femmes, la gestation, l'accouchement et les suites de couches ont agi sur la tuberculose, dans la seconde, quelle influence a eue la tuberculose sur la gestation, l'accouchement et les suites de couches ; dans la troisième, quelle est la ligne de conduite à tenir ; et, dans la quatrième, enfin, quelle est la valeur des enfants issus de parents tuberculeux.

INFLUENCE DE LA GESTATION SUR LA TUBERCULOSE

L'influence de la gestation sur la tuberculose a été étudiée dès la plus haute antiquité. Hippocrate estime que la gestation a sur la phtisie, les effets les plus heureux et cette théorie n'aura pour ainsi dire pas de contradicteurs jusqu'au milieu du XIXe siècle. Nombreux sont au contraire ses défenseurs ; parmi eux, Cullen et Dugès vont jusqu'à affirmer que la gestation s'oppose au développement de la phtisie. Wernich conseille aux tuberculeuses

de se marier et de devenir mères, dans le but de provoquer l'amélioration et même la guérison de leurs lésions. Cette opinion vient du reste d'être reprise tout récemment par Sabourin qui dit que « les tuberculeuses supportent bien la gestation parce qu'elles possèdent une bonne immunité et sont soustraites à l'intoxication cataméniale, le plus grand ennemi de la tuberculose. »

Le 2 octobre 1849, Grisolle lit à l'Académie de Médecine un mémoire contenant 27 observations desquelles il ressort nettement que, contrairement à ce qui était admis jusqu'ici, la gestation a sur la bacillose les effets les plus néfastes. Deux ans plus tard, Dubreuilh reprenant ces idées, entraîne avec lui la très grande majorité des médecins, tant en France qu'à l'étranger. Encore parmi eux, certains ne considèrent-ils que les tuberculoses avérées, en pleine voie d'évolution. Mais à côté de ceux-ci, il en est d'autres qui sont plus absolus et Stoltz écrit que « chez les femmes prédisposées, la grossesse peut changer cette prédisposition en maladie confirmée. » Tarnier applique à la tuberculeuse l'anathème que Peter a lancé à la cardiaque : fille pas de mariage, femme pas d'enfant, mère pas d'allaitement.

A l'heure actuelle, toutes les opinions ont leurs ardents défenseurs.

Les uns se basant sur des phénomènes qui prennent naissance dans l'organisme d'une femme, dès qu'elle est fécondée, chlorose, décalcification par emprunt de phosphates par le fœtus à la mère, phosphaturie,

auto-intoxications hépatique, rénale et surrénale (Sergent) diminution des substances antitoxiques et bactéricides, augmentation des échanges nutritifs (Bumm), estiment que la gestation aggrave la tuberculose.

D'autres voient une source importante de profits et par là même d'amélioration, dans l'intensité considérable que prennent, chez la femme enceinte, les phénomènes physiologiques normaux. Les fonctions digestives sont en effet souvent excitées, l'appétit augmenté, et la nutrition améliorée du fait même de la gestation.

Entre ces deux opinions prend place une opinion mixte suivant laquelle la première moitié de la gestation est marquée par une amélioration des lésions tuberculeuses, ou tout au moins un arrêt dans leur évolution, alors que la deuxième est marquée par une aggravation (Magnette).

Plus nombreux sont les auteurs qui donnent à l'état des lésions, le rôle prépondérant dans l'influence qui sera exercée sur la tuberculose par la gestation.

Pour de Lee, Sergent, Bonnaire, Lurz, les cas torpides et latents sont ceux qui échappent le plus souvent à l'aggravation. Mais qu'entend-on par cas torpides et latents. Il semble que ce sont ceux qui ne se manifestent que par des signes stéthoscopiques parfois extrêmement discrets, tels qu'une inspiration rude, une expiration prolongée, sans fièvre. Or, nous verrons que le professeur Bar a constaté de l'amélioration dans ces cas.

L'aggravation est au contraire fréquente si l'auscultation révèle l'existence de craquements humides, si l'examen indique la présence de bacilles dans les crachats, si la femme a de l'hyperthermie; c'est-à-dire si elle offre tous les symptômes de ce que le professeur Bezançon a appelé une *poussée évolutive*.

Quand nous arrivons à la période cavitaire, les cas d'aggravation sont encore plus nombreux.

Dans son rapport au Congrès de la tuberculose de Rome en 1912, le professeur Bar estime à 60 ou 70 o/o le nombre des améliorations dans le premier cas, à 15 o/o dans le deuxième cas, et seulement a 4 ou 5 o/o dans le troisième. Cependant le professeur Pinard est d'avis que dans les deux derniers cas, la proportion doit être beaucoup plus élevée ; il a pu observer en effet de très nombreux exemples dans lesquels la bacillose est restée stationnaire pendant plusieurs gestations successives.

Pour Nobécourt et Paraf, « une tuberculose torpide, fibreuse. même cavitaire, qui se rencontre généralement chez une multipare, peut ne pas être aggravée ».

Dans la granulie, ou septicémie tuberculeuse, la gestation apparaît, selon le professeur Bar, comme une véritable catastrophe. Mais la granulie est-elle fréquente chez les femmes enceintes? C'est semble-t-il, une très rare exception et le professeur Pinard sur 71.225 femmes, n'en a rencontré qu'un cas pendant la gestation et trois seulement au cours des suites de couches.

Nous avons maintenant à envisager des cas où la gestation s'accompagne de complications, chez une tuberculeuse. Que ce soient les complications de la première moitié, comme les vomissements graves, ou celles de la seconde comme l'albuminurie, ou enfin celles qui apparaissent à toutes les périodes comme les néphrites, les cardiopathies, la tuberculose laryngée, l'aggravation est ici la règle.

Si donc il est établi que la tuberculose peut s'aggraver, à quelle période de la gestation se produit l'aggravation ?

Lurz admet qu'elle peut se produire à toutes les époques ; elle peut débuter lentement et rétrograder ; elle peut survenir subitement ; mais, d'accord avec la plupart des auteurs, il croit que c'est surtout pendant le dernier tiers qu'elle apparaît le plus souvent. Nous avons vu que les phénomènes physiologiques étaient intensifiés. Or, dans le premier tiers, ce que la mère passe au fœtus est infime ; elle peut donc emmagasiner des réserves. Dans le second tiers toutes les glandes de l'organisme maternel ont subi une adaptation parfaite aux fonctions qui leur sont dévolues : le fœtus vit sur les réserves accumulées par la mère, mais n'emprunte rien à son organisme propre. Il y a donc, à cette période, équilibre complet.

Il ne va plus en être ainsi à la période terminale. Les réserves emmagasinées pendant la première période, sont fortement entamées pendant la seconde, et ne tardent pas à s'épuiser. C'est l'organisme maternel qui va fournir au fœtus tout ce dont il aura

besoin pour se développer ; qu'en résulte-t-il chez la mère ? chloro-anémie, diminution de tous les éléments du sang (sauf en ce qui concerne l'eau et les leucocytes (Bonnaire), raréfaction des produits solubles de l'urine, hyperglycémie et surtout une perte considérable en phosphates ; c'est-à-dire qu'elle se trouve dans les conditions les plus défavorables pour lutter contre l'infection bacillaire.

Aussi sans aller jusqu'à dire que la première partie de la gestation est toujours accompagnée d'une amélioration de la tuberculose, il semble naturel d'admettre que la dernière est plus compatible avec une aggravation. L'expérience a du reste, confirmé cette manière de voir. Bar, Devraigne, Daunay et Chirié ont constaté que les réactions à la tuberculine sont beaucoup moins nombreuses à la fin de la gestation qu'au commencement. Or, ce résultat ne peut être expliqué que par une diminution notable des anticorps qui entraîne fatalement une moindre résistance de l'organisme maternel à toutes les infections et en particulier à l'infection bacillaire.

Reportons-nous maintenant à notre statistique. Nous avons réparti les 212 observations que nous avons relevées, en trois catégories.

1° Celles des primipares au nombre de 78 ;

2° Celles des multipares qui accouchent à Baudelocque pour la première fois au nombre de 94 ;

3° Celles des femmes qui ont déjà accouché à Baudelocque, au nombre de 40.

Nous sommes arrivés aux résultats suivants :

I. *Primipares.* — Sur les 78 femmes, 60 ont des antécédents personnels nettement bacillaires ; les 18 autres semblent n'avoir présenté aucun signe de tuberculose avant le début de leur gestation. Sur les 60 premières nous trouvons 9 femmes dont l'état s'est aggravé, 34 dont l'état est resté stationnaire, et 17 dont l'état s'est amélioré.

II.— Sur les 94 *multipares* accouchant pour la première fois à Baudelocque, 44 ont présenté des manifestations tuberculeuses avant leur première gestation et 50 n'en ont présenté qu'après leur premier accouchement.

1° Sur les 44 premières ;

Onze femmes ont subi une aggravation, se répartissant en 6 II-pares, 3 III-pares, 1 IV-pare et V-pare.

Vingt-trois sont restées dans un état stationnaire, soit : 13 II-pares, 2 III-pares, 1 V-pare, 1 VI-pare, 1 VIII-pare, et 1 X-pare.

Dix femmes ont été améliorées :

Soit 2 II-pares, 4 III-pares, 2 IV-pares, 2 V-pares.

2° Sur les 50 autres ;

Treize ont subi une aggravation soit :

Six II-pares, 3 III-pares, 2 IV-pares, 1 V-pare, 1 XII-pare.

Vingt-neuf sont restées dans un état stationnaire.

Six II-pares, 8 III-pares, 6 IV-pares, 2 V-pares, 4 VI-pares, 1 VII-pare, 1 IX-pare, 1 XII-pare.

Huit ont subi une amélioration.

Une II-pare, 1 III-pare, 2 VI-pares, 2 VII-pares, 1 VIII-pare, 1 XIII-pare.

III. — Plus intéressantes sont les femmes qui ont déjà accouché à Baudelocque et que nous pouvons suivre à leurs différents passages. Nous en comptons 40 sur lesquelles 15 présentent de la tuberculose avant leur premier accouchement et 25 semblent n'en présenter qu'après.

1° Sur les 15 qui présentent des lésions avant leur premier accouchement :

Deux ont subi une aggravation : l'une II-pare présente des signes du premier degré avant son premier accouchement ; lors de cet accouchement on trouve des lésions du premier degré et lors du deuxième des lésions du deuxième degré ; l'autre une III-pare présente également des lésions du premier degré au premier accouchement et du deuxième degré au deuxième accouchement.

Huit sont restées dans un état stationnaire au premier degré.

Une II-pare, 3 III-pares, 2 IV-pares, 2 V-pares.

Cinq qui présentaient des lésions du premier degré ont été améliorées.

Une IV-pare qui a eu des hémoptysies ne présente aucun signe stéthoscopique au premier ni au quatrième accouchement.

Une V-pare qui a eu des hémoptysies ne présente aucun signe aux deuxième, quatrième et cinquième accouchements.

Une VI-pare qui a eu des hémoptysies ne présente aucun signe aux quatrième, cinquième et sixième accouchements.

Une VIII-pare qui a eu des hémoptysies ne présente de signes ni au sixième ni au huitième accouchement.

Enfin une X-pare qui a eu un début de tuberculose à vingt ans ne présente pas de signes aux neuvième et dixième accouchements.

2° Vingt-cinq femmes présentent des lésions de tuberculose depuis leur premier accouchement.

Quatre ont subi une aggravation.

Une IV-pare ne présente aucun signe à son deuxième accouchement et présente des lésions du deuxième degré au quatrième.

Deux V-pares, présentent des lésions du premier degré, l'une après son troisième, l'autre après son quatrième accouchement et toutes deux des lésions du deuxième degré au cinquième.

Une VII-pare présente des lésions du premier degré au quatrième accouchement et des lésions du deuxième degré au septième.

Vingt et une sont restées dans un état stationnaire au premier degré :

Deux II-pares qui avaient eu des manifestations bacillaires après le premier accouchement.

Huit III-pares, 2 auraient présenté des manifestations après le premier accouchement, 6 après le deuxième.

Une IV-pare qui a présenté des signes après le troisième accouchement.

Deux V-pares qui ont présenté les signes après le quatrième accouchement.

Quatre VI-pares qui ont présenté les signes, 2 après le quatrième et 2 après le cinquième accouchement.

Une VII-pare qui a présenté des signes après le sixième accouchement.

Une VIII-pare qui a présenté des signes après le quatrième.

Une IX-pare qui a présenté des signes après le huitième.

Une XIV-pare qui a présenté des signes après le treizième.

*
* *

Si nous récapitulons ces résultats, nous trouvons que sur les 212 femmes, 119 ont présenté des signes de tuberculose avant leur première gestation et 93 n'en ont présenté qu'après le début de leur première gestation. Peut-on dire pour cela que chez ces 93 femmes ce soit la gestation qui ait favorisé l'apparition de la bacillose? Il semble bien que non : si chez les femmes qui ont déjà accouché à la Clinique nous pouvons fixer avec quelque précision l'époque à laquelle sont apparues les lésions, nous ne le pouvons plus chez les autres. Les lésions peuvent en effet exister, sans que l'interrogatoire ne révèle de signes physiques, les seuls sur lesquels il nous est possible de nous baser. Chez les primipares il nous sera donc impossible de dire si les lésions ont été aggravées ou améliorées par la seule gestation au cours de laquelle elles ont manifesté leur existence.

Si nous ne considérons pas les 18 primipares chez

les quelles les signes de tuberculose ne sont apparus qu'après le début de la gestation, et sur lesquelles nous ne pouvons rien dire, nous comptons au total 39 aggravations, 107 états stationnaires et 40 améliorations ce qui nous prouve bien que l'aggravation est loin d'être la règle.

Il nous est permis de constater en outre que l'aggravation se fait sentir aussi bien chez la primipare que chez la grande multipare, que les grandes multipares sont aussi susceptibles d'amélioration que les primipares, et par conséquent pas plus que la gestation, les gestations répétées ne semblent être une cause d'aggravation.

ACTION DE L'ACCOUCHEMENT

Les avis sont partagés. Sergent estime que le travail est peu dangereux. De Lee croit que le travail, mais surtout dans les cas avancés, peut provoquer de la dyspnée, de la toux, des hémoptysies, quelque fois même, mais plus rarement, du collapsus, de l'œdème pulmonaire, des pneumothorax, ou des infections miliaires. Demelin et Brindeau ont observé des cas de mort subite.

Si nous considérons les résultats de nos recherches, nous voyons qu'il semble difficile de séparer

l'action de l'accouchement sur la tuberculose, de l'action de la tuberculose sur l'accouchement. Si en effet le travail provoque de la dyspnée, on devra accélérer le travail et l'accouchement, c'est-à-dire pratiquer la dilatation du col et une application de forceps ; et nous sommes bien ramenés à l'influence de la dyspnée, conséquence passagère de la tuberculose, sur l'accouchement.

Il nous semble donc inutile d'énoncer ici les résultats qui seront indiqués au chapitre qui traite de l'action de la tuberculose sur l'accouchement.

Nous placerons simplement ici l'observation d'une femme dont la mort semble avoir été causée plutôt par l'accouchement que par les suites de couches.

Ce fait unique indique que l'action directe de l'accouchement sur la tuberculose se fait très rarement sentir.

N° **1167**, 1909. — VII-pare, trente-huit ans.

A. H. — Père et mère morts (cause ?) 9 frères et sœurs vivants, 9 morts.

A. P. — Depuis deux ans bronchite chronique; depuis un an extinction de voix s'accentuant depuis six mois ; hémoptysie abondante en mai.

A. O. — Deux enfants vivants, 4 morts dont 2 d'entérite tous élevés au biberon.

On constate, une extrême maigreur, de la cachexie, de l'adynamie, de l'extinction de voix, une dyspnée intense. Application de forceps le 15 juillet : enfant vivant de 2800 gr. La femme très abattue et dyspnéique meurt cinq heures après l'accouchement.

A l'autopsie on trouve à droite. poumon congestionné et plèvre normale ; à gauche, poumon caséeux, trois cavernes purulentes, plèvre adhérente au diaphragme et au thorax, liquide pleurétique.

ACTION DES SUITES DE COUCHES SUR LA TUBERCULOSE

On considère généralement que l'aggravation est plus fréquente à cette période qu'à toute autre et que, si la tuberculose évolue pendant la gestation, elle ne tue qu'après l'accouchement. Suivant de Lee, on peut avoir au cours de la gestation, l'impression d'une amélioration : bon aspect, embonpoint progressif et cependant la malade est emportée dans les suites de couches. Gibert va plus loin ; il dit que : « les femmes tuberculeuses meurent toujours accouchées ; si la gravité de leur état ne leur permet pas de vivre neuf mois, elles avortent ou accouchent prématurément. »

Tel n'est point l'avis du professeur Pinard, qui, sur plus de 70.000 accouchements, n'a constaté que 26 cas de mort par tuberculose dans les suites de couches, et ne peut admettre que l'aggravation soit ici la règle.

Diverses causes ont été trouvées à cette aggravation. Bonnaire en indique deux : l'une exposée pour

la première fois par Hanot, résulte de la désagrégation des foyers tuberculeux, sous l'influence de l'abaissement du diaphragme qui suit l'accouchement, et des embolies bacillaires qui prennent naissance ; l'autre est la conséquence de la désintégration interne de l'économie qui correspond à l'involution de l'utérus. Sergent invoque la décalcification qui, commencée pendant la gestation sous l'influence de l'insuffisance surrénale, se continue après l'accouchement.

Pour Begtrop, l'aggravation serait due à une modification du métabolisme des albuminoïdes après l'accouchement ; pour Schmorl et Sitzenfrey, elle serait due au brassage des tubercules placentaires, sous l'influence des contractions utérines. Mais comme la tuberculose placentaire n'est pas admise par tous, cette théorie ne l'est pas non plus.

Si nous considérons les résultats de nos recherches nous constatons qu'ils ne peuvent pas être d'une précision extrême parce que les femmes ne sont pas suivies assez longtemps ; en effet la durée de l'hospitalisation ne dure le plus souvent que dix ou douze jours. Il faut donc cependant noter que dans le plus grand nombre des cas, les suites immédiates de couches ne donnent lieu à aucune manifestation tuberculeuse spéciale puisque nos femmes ont pu sortir pour la plupart dans les mêmes délais que les accouchées normales.

Tout ce qu'il nous est possible de préciser, c'est que sont sorties dans les délais ordinaires : 62 sur

les 78 primipares, 78 sur les 94 multipares qui accouchent pour la première fois à Baudelocque et 35 sur 40 qui y ont déjà accouché.

Les femmes qui n'ont pu sortir dans les délais habituels sont entrées à l'infirmerie de la Maternité, sont restées en traitement à Baudelocque ou sont décédées. Pour les premières nous ne pouvons qu'indiquer ce qui a motivé leur entrée à l'infirmerie. Quant aux autres nous croyons intéressant de donun résumé de leurs observations.

1° Primipares

Sept femmes sont entrées à l'infirmerie, 8 sont restées en traitement à Baudelocque et une est décédée.

Des 7 femmes entrées à l'infirmerie :

La première est malade depuis un an et demi, elle a présenté de la fièvre, de l'albumine, des hémoptysies fréquentes ;

La deuxième présente de l'albumine et des troubles urémiques ;

La troisième était, lors de son accouchement, depuis deux mois, en traitement à l'infirmerie pour tuberculose laryngée et pulmonaire ;

La quatrième présente un mauvais état général avec toux fréquente et expectoration abondante ;

La cinquième était, jusqu'à son accouchement en traitement à l'hôpital Broussais pour bronchite (?)

La sixième présente de la toux, une expectoration

abondante, une hémoptysie, de l'adynamie et de l'anorexie.

La septième a un mauvais état général ; elle a perdu 6 kilos en trois mois il y a un an, — elle présente de plus de l'infection (rupture des membranes quatorze jours avant l'accouchement).

Quant aux femmes traitées à Baudelocque, voici le résumé de leurs observations :

N° 335, année 1911. — I-pare, trente ans.

A. H. — Père vivant, mère morte d'albuminurie, un frère vivant.

A. P. — Hémoptysie légère en décembre 1908, hémoptysie abondante au sixième mois de sa gestation.

A son entrée, albumine dans les urines.

A l'auscultation, respiration soufflante au sommet gauche, lésions localisées à la fosse sous-épineuse.

Accouche à terme d'un enfant mort et macéré. Reste trente-neuf jours à la Clinique et sort sans avoir présenté de fièvre, ni de modification des lésions.

N° 338, 1911. — I-pare, vingt-deux ans.

A. H. — Père, mère et 5 frères et sœurs vivants, 2 frères morts en bas âge (?)

A. P. — Scarlatine à onze ans ; laryngite à dix-sept ans, ayant duré dix-mois, tousse depuis ; légère hémoptysie en décembre 1910.

Entre au dortoir le 17 janvier, pas d'albumine. L'examen révèle à gauche respiration soufflante au sommet, râles humides sur toute l'étendue du poumon; à droite au som-

met, diminution du murmure vésiculaire, hémoptysie assez abondante le 26 février.

Accouche spontanément, au neuvième mois, par le sommet, le 7 mars, d'un enfant vivant de 2.490 grammes. Sort le 24 mars, sans avoir présenté de complication ni d'aggravation des lésions pulmonaires.

N° **1069**, 1911. — I-pare, vingt-quatre ans.

A. H. — Père et mère vivants.

A. P. — Rougeole dans l'enfance. Pneumonie (?) à vingt-quatre ans avec hémoptysies.

Urines albumineuses.

L'auscultation ne révèle aucun signe de bacillose. Opération de Porro le 30 juillet pour œdème du col. Enfant vivant de 4.100 grammes, ne présente de la température que le 31 juillet (39°) et le 5 août (38°6) et sort le 30 août sans signes stéthoscopiques.

N° **1637**, 1911. — I-pare, dix-neuf ans.

A. H. — Père mort à trente-deux ans de tuberculose, mère vivante.

A. P. — Tousse depuis deux ans surtout l'hiver, bronchites fréquentes.

L'examen révèle de la submatité, des crépitants et des sous-crépitants au sommet gauche en arrière. Opérée le 7 novembre d'un kyste de l'ovaire.

8 novembre. — Vomique à point de départ vraisemblablement localisé au sommet gauche. Ventouses, oxygène.

22 novembre. — Accouchement prématuré (septième mois) avec application de forceps, d'un enfant de 1.600 grammes.

29 et 30 novembre. — Pouls 120, température 38 degrés, quelques petits râles disséminés, ventouses.

1er décembre. — Amélioration, pouls 100, température 37.

4 décembre. -- Température au-dessous de 37, bon état général.

5 décembre. — Hémorragie, caillots, débris de membranes. Pouls 140, température 37°5.

6 décembre. — L'hémorragie est arrêtée, bon état général. Pouls 120, température 37°2.

7 décembre. — Même état, légère gêne respiratoire, ventouses.

8 décembre. — Même état, plus de gêne respiratoire.

13 décembre. — Bon état général, pouls 80, température 36°8.

N° 642, 1912. — I-pare, vingt-deux ans.

A. H. — Père mort de fluxion de poitrine (?) mère morte (?) 1 frère mort d'abcès au cerveau.

A. P. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance, soignée à dix-huit ans pour bacillose.

Toux et expectoration, mais à l'examen, aucun signe de bacillose.

Accouche le 18 mai, au cours du neuvième mois de deux jumeaux (2.380-2 350 gr.), l'un par le sommet, l'autre par version pour procidence du cordon. Entre le 8 juin à l'isolement pour abcès de la cuisse droite et du sein droit.

18 juin, frisson, 19, douleur annexielle, 23, frisson, 24 douleur fosse iliaque droite.

Sort le 12 juillet sans avoir présenté de signes de tuberculose.

N° 759, 1912. — I-pare, vingt ans.

A. H. — Père et mère morts tuberculeux.

A. P. — Fièvre typhoïde à six ans. Bronchites fréquentes l'hiver, abcès multiples (?) des aisselles au deuxième mois de la gestation.

A l'auscultation, on trouve de l'obscurité respiratoire au sommet droit.

Accouche le 13 juin, spontanément, d'un enfant vivant, à terme et pesant 2.900 grammes.

Présente de la galactophorite le 27 juin.

Sort le 24 août dans un état satisfaisant sans présenter d'autres signes que ceux constatés à l'entrée.

N° 774, 1912. — I-pare, trente et un ans.

A. H. — Père vivant, mère morte d'hémorragie cérébrale, deux frère et sœur vivants, une sœur morte à vingt-deux ans d'affection pulmonaire chronique, 7 frères et sœurs morts en bas âge.

A. P. — Appendicite opérée à vingt ans. Bronchites fréquentes.

A son arrivée, la femme présente de la toux, de l'expectoration, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement et de l'albumine ; sa voix est voilée.

L'auscultation révèle des lésions des deux sommets en arrière, du sommet droit en avant.

Elle accouche le 17 juillet au cours du huitième mois de deux jumeaux : forceps sur le premier (céphalée intense, douleur épigastrique) ; version pour le deuxième (modification des bruits du cœur) ; 2.900 et 2.330 grammes.

Après l'expulsion du deuxième enfant, on constate une

déchirure du col remontant jusqu'à l'insertion du vagin : la femme saigne en jet. On place une pince à demeure.

Le 21 juillet, annexite légère à gauche. Ventouses, glace sur le ventre.

La femme meurt le 24. Opposition à l'autopsie.

N° 775, 1913. — I-pare, vingt-huit ans.

A. H. — Père et mère morts, affections pulmonaires, trois frères et sœur vivants ; deux sœurs mortes en bas-âge (?)

A. P. — Rougeole à cinq ans, douleurs articulaires à quinze ans, sucre et albumine dans les urines depuis vingt-six ans.

L'auscultation révèle :

Au cœur, premier bruit assourdi ; aux poumons, respiration rapeuse aux sommets. Quelques crépitants.

La femme sort après vingt-six jours de traitement sans modifications de l'état pulmonaire.

Multipares, accouchant pour la première fois à Baudelocque

Huit de celles qui n'ont pu sortir dans les délais normaux sont entrées à l'infirmerie, 6 sont restées en traitement à Baudelocque et 2 sont décédées (l'observation de l'une d'elles dont la mort semble avoir été provoquée par l'accouchement) a été donnée à la suite de l'étude de l'influence de l'accouchement sur la tuberculose.

Voici les causes qui ont motivé l'entrée des 8 femmes à l'infirmerie.

La première, congestion pulmonaire ;

La deuxième, laryngite et aphonie complète depuis un an ;

La troisième, cachexie, adynamie, laryngite tuberculeuse ;

La quatrième, infection résultant d'une rupture prématurée des membranes.

La cinquième, cachexie et amaigrissement rapide depuis trois mois ;

La sixième, bronchite depuis quatre mois, misérable qui depuis trois mois se nourrit de pain sec ; au moment où elle entre, n'a pas mangé depuis trois jours.

La septième, cachexie, laryngite, tuberculose ganglionnaire ;

La huitième, albuminurie.

Quant à celles qui sont restées à Baudelocque et celles qui sont décédées, nous allons donner brièvement leurs observations.

N° 701, 1911. — II-pare, vingt-deux ans.

A. H. — Parents vivants, père éthylique, 4 frères vivants 6 frères et sœurs morts en bas âge.

A. P. — Bronchite en novembre 1910, tousse depuis laryngite au début de 1911, soignée à la Pitié.

A. O. — Premier accouchement spontané à terme, enfant vivant élevé au biberon.

A l'entrée très cachectique, toux constante, expectoration abondante, sueurs nocturnes.

L'auscultation révèle des souffles cavitaires aux deux sommets.

21 mai. — Application de forceps. On extrait un enfant vivant de 1.350 grammes, au cours du huitième mois.

La femme meurt le 22.

N° **1718**, 1911. — III-pare, trente et un ans.

A. H. — Père emphysémateux, mère morte tuberculeuse, 1 frère vivant ; 3 frères et sœurs morts en bas âge.

A. P. — Grippe à onze ans. A vingt-neuf ans, perte hémorragique, rhumatisme articulaire aigu généralisé fébrile ; crises épileptiformes au cours de la gestation ; syphilis.

A. O. — Deux enfants morts, entérite (?).

Auscultation : à gauche, craquements au sommet, sous crépitants sur toute la hauteur du poumon en arrière ; respiration cavitaire en avant ; à droite, râles humides au sommet, râles sibilants nombreux sur toute la hauteur du poumon.

Pendant son séjour à Baudelocque, la femme présente ;

1° Plusieurs accès de dyspnée avec cyanose du visage et des extrémités et crachats hémoptoïques ;

2° Des accès épileptiformes.

29 novembre. — En raison de la dyspnée, M. Pinard décide de vider l'utérus. Un ballon est placé.

4 décembre. — Crise épileptiforme ; application de forceps le 7 décembre : on extrait un enfant vivant de 2.800 grammes au cours du neuvième mois.

23 décembre. — La femme sort sans que les signes stéthoscopiques se soient modifiés.

N° **670**, 1912. — II-pare, vingt et un ans.

A. H. — Père mort tuberculeux, mère vivante mais atteinte de bronchite chronique.

A. P. — Angine et coqueluche dans l'enfance, toux,

oppression, laryngite tuberculeuse depuis quatre mois expectoration abondante.

A. O. — Premier accouchement spontané, à terme ; enfant vivant, nourri au sein maternel pendant deux mois.

24 mai. — On extrait par le forceps (dyspnée) un enfant vivant de 3.550 grammes au cours du neuvième mois.

On trouve à l'examen respiration soufflante et rude à gauche, expectoration abondante, voix très voilée, dédoublement des bruits du cœur, fièvre.

27 mai. — Voix moins voilée, moins d'essoufflement, expectoration moins abondante.

7 juin. — L'amélioration persiste ; mais toujours de la fièvre :

8 juin. — Toujours grande faiblesse.

11 juin. — Examen. En avant :

a) A droite. — Intensité du murmure vésiculaire augmentée, inspiration humée, saccadée par moment ; expiration prolongée et soufflante ; léger retentissement de la voix et de la toux ; palpation normale.

b) A gauche. — Intensité du murmure vésiculaire diminuée, inspiration rude ; expiration prolongée ; quelques craquements à l'inspiration ; dans le tiers inférieur de la région sous-claviculaire, retentissement de la voix et de la toux.

En arrière : à droite et à gauche dans les fosses sus-épineuses inspiration rude, expiration soufflante, quelques craquements au niveau du hile du poumon gauche. Sort le 13 juin pour aller à la campagne.

N° 1276, 1912. — II-pare, vingt-cinq ans.

A. H. — Père, mère et 2 frère et sœur vivants, 4 frères et sœurs morts en bas âge (?)

A. P. — Bronchites à répétition. Tousse depuis l'âge de douze ans, crachats nummulaires, mais pas d'hémoptysies. Lors de la première gestation, l'état semble s'améliorer. La femme allaite son enfant, mais la toux augmente, les forces diminuent, l'état pulmonaire reste mauvais. Avec la deuxième gestation il s'aggrave. Broncho-pneumonie il y a six mois.

A. O. — Premier accouchement spontané à terme, enfant vivant, mort à un an de convulsions.

Actuellement on trouve : submatité surtout au sommet droit ; de nombreux sous-crépitants, du retentissement de la voix et de la toux au sommet droit ; une inspiration rude, et des craquements au sommet gauche ;

La femme accouche spontanément le 30 septembre d'un enfant vivant, à terme de 2.700 grammes.

Sort le 20 octobre, sans changement de l'état pulmonaire.

N° **621**, 1913. — II-pare, dix-neuf ans.

A. H. — Père mort de laryngite tuberculeuse mère vivante mais tuberculeuse, une sœur vivante, trois frères morts jeunes.

A. P.— Nombreuses bronchites jusqu'à treize ans. Après l'apparition des règles, amélioration de l'état général. Depuis un an, toux plus fréquente, expectoration, amaigrissement, voix voilée.

A. O. — Premier accouchement spontané à terme, enfant mort à deux jours.

3 mai. — L'examen montre en arrière au niveau des régions sus et sous-claviculaires ; à gauche, zone de submatité ; à droite, zone de matité ; au niveau du sommet gauche, nombreux râles humides ; au sommet droit, gros souffle amphorique, gargouillements ; en avant, aux deux sommets, sub-

matité surtout à droite ; râles humides : application de ventouses.

9 mai. — Les signes stéthoscopiques sont très améliorés ; souffle diminué d'intensité ; peu de gargouillements à droite moins de râles humides à gauche. Ventouses, teinture d'iode, potion arsenicale.

Dans les jours qui suivent l'etat s'améliore encore.

23 mai. — Expulsion d'un enfant de 2.800 grammes, au neuvième mois ; l'état général est très bon et la femme peut sortir le 28.

N° 1252, 1913. — II-pare, vingt-quatre ans.

A. H. — Père, mère et sept frères et sœurs vivants.

A. P. — Santé excellente jusqu'au sixième mois de la gestation actuelle ; bronchite qui persiste depuis lors avec toux, expectoration, sueurs nocturnes, amaigrissement et fièvre

A. O. — Premier accouchement, basiotripsie à terme sur un enfant mort pendant le travail.

23 septembre. — On trouve : respiration soufflante au sommet gauche, respiration soufflante avec signes de ramollissement et d'infiltration en avant et en arrière, au sommet droit. Régime lacté, révulsion, arséniate de soude ; en cinq jours la température tombe.

10 octobre. — Le sommet gauche respire normalement ; quelques sous-crépitants fins au sommet droit en arrière les gros râles de ramollissement ont disparu ; la poussée congestive est enrayée.

12 octobre. — La femme est passée à l'infirmerie de la Maternité ; elle en revient le 28, considérablement améliorée.

2 novembre. — Accouchement normal d'un enfant de 2.400 grammes au cours du neuvième mois.

12 novembre. — Râles sous-crépitants à gauche.

19 novembre. — Submatité au sommet droit; quelques crépitants, respiration granuleuse ; nombreux râles de congestion dans l'aisselle droite. Pose de ventouses.

1er décembre. — *En arrière*, au sommet droit quelques sibilants ; au sommet gauche respiration granuleuse ; aux deux bases quelques râles de congestion. *En avant* : quelques sibilants ; au sommet gauche, dans les deux aisselles quelques râles de congestion ; pose de ventouses.

6 décembre. — Au deux sommets frottements.

9 décembre. — *En avant* : à gauche, les frottements ont considérablement diminué ; à droite, quelques râles de congestion, quelques crépitants. *En arrière* : à gauche, obscurité respiratoire, frottements à la base. A droite, râles de congestion à la base et au sommet.

11 décembre. — *En avant* : à droite, respiration rude au sommet ; souffle au troisième espace intercostal à gauche, silence respiratoire au sommet, frottements, sibilants. *En arrière* : à gauche, au sommet, râles fins aux deux temps, silence respiratoire ; à droite, au sommet respiration rude, à la base, silence respiratoire ; à l'angle de l'omoplate : souffle et râles de congestion.

12 décembre. — Souffle diminué d'intensité.

13 décembre. — *En avant* : à droite, respiration rude, souffle au troisième espace : à gauche, râles ronflants et sibilants, quelques frottements. *En arrière* : à gauche, râles sous crépitants, silence respiratoire au sommet ; souffle à la partie moyenne, râles de congestion aux deux bases.

16 décembre. — Au cœur, souffle systolique râpeux à la base.

17 décembre. — *En avant* : sommet gauche, frottements, silence respiratoire ; souffle systolique du cœur ; sommet droit, respiration rude, frottements peu marqués. *En arrière* : sommet gauche, quelques crépitants ; souffle respiratoire dans l'espace interscapulaire, sommet droit, quelques crépitants, respiration rude ; souffle à l'angle de l'omoplate entouré de sous-crépitants.

La femme sort le 26 décembre, en présentant ces symptômes.

N° 687, 1913. — VI-pare, trente-trois ans.

A. H. — Père mort de maladie de cœur, mère vivante, un frère mort de typhoïde.

A. P. — Ophtalmie purulente à six ans, surdité en 1906, congestion pulmonaire en 1911, tousse depuis.

A. O. — Trois enfants vivants, un mort peu après la naissance, une fausse-couche.

Examen. — Respiration légèrement soufflante et rude au sommet droit ; urines albumineuses ; œdème des membres inférieurs, céphalée frontale, améliorée en quelques jours.

Accouche le 11 juin, à terme, d'un enfant vivant de 2.850 grammes.

Sort le 25 juin sans modification de l'état pulmonaire.

3° Multipares ayant déjà accouché à Baudelocque

Trois femmes sont restées en traitement au delà des délais ordinaires, et deux sont entrées à l'infirmerie, l'une en raison d'une abondante hémoptysie qu'elle avait eue au dortoir quatre jours avant d'accoucher, l'autre à la demande de l'interne.

Quant aux trois femmes restées en traitement à Baudelocque voici leurs observations.

N° 1750, 1907. — VI-pare, trente et un ans.

A. H. — Père inconnu, mère morte tuberculeuse, une sœur morte à cinq ans (?)

A. P. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance,

A. O. — Trois enfants vivants, deux morts en bas âge l'un d'affection pulmonaire, l'autre d'entérite.

Lors de son quatrième accouchement, à Baudelocque ne présente aucun signe de bacillose. Au cinquième présente des signes de bacillose au premier degré ; a allaité ses deux derniers enfants, six mois et un mois.

Examen. — Respiration soufflante au sommet gauche, insuffisance aortique, œdème des membres inférieurs.

Le 9 novembre, accouche spontanément, d'un enfant vivant de 2.800 grammes au neuvième mois.

Sort le 29 novembre en présentant les mêmes signes stéthoscopiques qu'à l'entrée.

N° 556, 1911. — III-pare, trente-six ans.

A. H. — Père mort à cinquante ans d'hémorragie cérébrale, mère vivante, cinq frères et sœurs vivants.

A. P. — Coxalgie gauche de neuf à onze ans, métrite, appendicite opérée à vingt-huit ans.

A. O. — Deux enfants vivants, accouchements spontanés à terme. Lors du dernier, à Baudelocque, ne présentait aucun signe de bacillose, n'a jamais allaité.

21 avril. — Signes de ramollissement au sommet gauche.

22 avril. — Accouche spontanément au septième mois, (surmenage) d'un enfant de 1.800 grammes qui meurt une heure et demie après sa naissance.

23 avril. — Hémoptysie peu abondante.

26 avril. — Plus d'hémoptysie, température à oscillations marquées; pertes sanglantes, signes de tuberculose aux sommets en avant.

6 et 19 mai. — Ouverture d'abcès de la fesse droite, et de la partie inférieure de la colonne lombaire.

26 mai. — Passe à l'infirmerie.

N° 1165, 1913. — II-pare, trente ans.

A. H. — Père mort congestion cérébrale, mère vivante, une sœur vivante, un frère mort peu après sa naissance.

A. P. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

A. O. — Extraction par forceps d'un enfant vivant à terme, ne présente à ce moment aucun signe de tuberculose.

On trouve à l'examen une respiration soufflante au sommet gauche, un léger souffle systolique à la pointe du cœur, des urines albumineuses.

Accouche spontanément le 12 octobre, d'un enfant vivant,

à terme de 3.370 grammes. Sort le 30 octobre, sans avoir présenté d'élévation de température, ni de modification de son état pulmonaire.

* * *

La lecture de ces observations nous apprend que pendant les suites de couches, 2 femmes sont mortes et 17 sont restées en traitement à Baudelocque au delà du délai normal.

Sur les deux femmes décédées l'une porte une déchirure du col ; nous ne pouvons affirmer que ce soit là, la cause de la mort que nous attribuerons donc, comme dans l'autre cas, à la tuberculose.

Sur les 17 femmes maintenues en traitement à Baudelocque, 9 l'ont été pour des affections autres que la tuberculose,et 8 pour tuberculose ; sur ces 17, 2 seulement ont subi une aggravation et 15 sont restées dans un état stationnaire.

Quant aux femmes dirigées sur l'infirmerie de la Maternité, leur nombre s'élève à 22. Pour 13 le passage a été motivé par leur état pulmonaire ; pour les 9 autres,il a été motivé par des affections différentes de la bacillose.

INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR LA TUBERCULOSE

Là encore, tous les auteurs ne partagent pas le même avis. Pidoux estime que l'allaitement a une action heureuse sur la tuberculose. Sabourin lui reconnaît l'avantage d'empêcher le retour de la fonction menstruelle, qui est défavorable à la femme tuberculeuse.

Variot écrit au contraire que « la tuberculose est un obstacle absolu à l'allaitement. »

Le professeur Marfan l'interdit à la femme qui est bacillaire et l'arrête chez celle qui le devient. Bumm étend son interdiction à la prédiposée. Or, pourquoi l'allaitement offre-t-il un danger pour la mère ? C'est d'après Bonnaire, parce qu'il provoque un trouble de la nutrition et en particulier de la fonction hépatique et de l'hyperglycémie.

A l'hyperglycémie, Charrin et Vitry ajoutent la déminéralisation ; or l'hyperglycémie agissant comme le diabète, il semble à ces auteurs que la tuberculose puisse se développer facilement chez la femme qui allaite comme chez la diabétique.

L'allaitement peut aussi présenter des dangers pour l'enfant : il a été prouvé que le lait des femmes atteintes de lésions en évolution pouvait contenir des bacilles. Aussi entre les opinions extrêmes,

existe une opinion mixte que soutiennent le professeur Pinard puis Nobécourt et Paraf. Selon ces auteurs, les femmes dont les lésions sont éteintes, peuvent allaiter sans inconvénients ni pour elles, ni pour leurs enfants.

Or, que résulte-t-il de nos recherches ? Nous séparerons ici aussi les femmes qui ont contracté la tuberculose avant leur première gestation de celles qui ne semblent l'avoir contractée qu'après.

I. — Femmes accouchant pour la première fois à Baudelocque.

1° Femmes ayant présenté des signes de bacillose avant leur première gestation.

a) Chez les femmes ayant allaité :

Trois aggravations chez des femmes ayant allaité, la première quatre mois, la seconde cinq mois, la troisième quatre fois pendant douze mois chaque fois.

Huit états stationnaires chez des femmes ayant allaité : l'une six fois (12, 18, 16, 17, 4 et 13 mois), la seconde six fois (12, 10, 10, 10, 10 et 10 mois), la troisième trois fois (10, 10 et 10 mois), la quatrième deux fois (15 et 13 mois), la cinquième une fois (3 mois), la sixième une fois (3 mois), la septième une fois (3 mois), et la huitième une fois (17 mois).

Cinq améliorations : la première allaite trois fois (3-4 et 18 mois), les 4 autres une fois chacune (15, 7, 10 et 9 mois).

b) Par contre chez les femmes qui n'ont allaité aucun de leurs enfants, on trouve 8 aggravations, 15 états stationnaires et 5 améliorations.

2° Femmes semblant avoir contracté la tuberculose depuis leur première gestation.

a) Chez les femmes ayant allaité.

Huit aggravations : la première allaite sept fois (14, 15, 17, 12, 6, 13 et 14 mois), la seconde quatre fois (18, 2 1/2, 14 et 18 mois), la troisième trois fois (14, 14 et 8 mois), et les cinq autres une fois chacune (14, 10, 6, 3 et 1 mois 1/2).

Treize états stationnaires : la première allaite huit fois (20, 24, 15, 7, 18, 18, 13 et 26 mois), la seconde, quatre fois (12, 9, 12 et 12 mois), la troisième, quatre fois (17, 12, 12 et 6 mois), la quatrième trois fois (2, 3 et 1 mois), la septième deux fois (15 et 13 mois), la huitième deux fois (14 et 10 mois), la neuvième deux fois (8 et 8 mois), les quatre autres une fois chacune (17, 13, 3 et 2 mois).

Cinq améliorations : l'une allaite cinq fois (3, 3, 3, 3 et 2 mois), la deuxième trois fois (14, 24 et 15 mois), la troisième neuf fois (7, 9, 18, 7 et 12 mois), la quatrième cinq fois (5, 5, 5, 4 et 5 mois), et la cinquième une fois (12 mois).

b) Chez les femmes n'ayant pas allaité :

Cinq aggravations, 16 états stationnaires, 3 améliorations.

II. — Multipares ayant déjà accouché à Baudelocque.

Comme dans l'étude de l'influence de la gestation, nous avons plus de précisions sur ces femmes :

1° Femmes présentant des lésions avant leur première gestation.

a) Femmes ayant allaité.

Une aggravation : la femme a allaité deux fois (6 et 6 mois). Elle présente des lésions du premier degré aux premier et deuxième accouchements et du deuxième degré au troisième.

Cinq états stationnaires au premier degré : la première femme allaite quatre fois (18,18, 15 et 18 mois), la seconde trois fois (14, 17 et 9 mois), la troisième trois fois (18, 12 et 26 mois) ; la quatrième deux fois (2 et 2 mois), et les deux autres une fois chacune (15 et 6 mois); 4 améliorations :

Les femmes ont allaité : la première trois fois (4, 14 et 24 mois), la deuxième deux fois (11 et 7 mois), les deux autres une fois chacune (6 et 4 mois).

b) Femmes n'ayant pas allaité.

Une aggravation : la femme présente des signes du premier degré avant son premier et à son premier accouchement et du deuxième degré au second.

Trois états stationnaires au premier degré et une amélioration ;

2° Femmes ayant contracté la tuberculose depuis leur première gestation.

a) Femmes ayant allaité.

Une aggravation : la femme allaite deux fois (19 et 1 mois 1/2),elle présente des lésions du premier degré après son troisième et des lésions du deuxième degré à son cinquième accouchement.

Douze femmes porteuses de lésions du premier degré sont restées dans un état stationnaire ; la première allaite sept fois (12, 12, 12, 3, 5, 12 et 12 mois),

la deuxième six fois (7, 11, 5, 14, 17 et 12 mois), la troisième cinq fois (14, 14, 3, 14 et 12 mois), la quatrième cinq fois (9, 15, 4, 8 et 13 mois), la cinquième trois fois (10, 22 et 7 mois), la sixième trois fois (1, 26 et 24 mois), la septième deux fois (6 et 14 mois), la huitième deux fois (6 et 2 mois) et les quatre autres une fois chacune (14, 7, 7 et 5 mois).

b) Femmes n'ayant pas allaité.

Trois aggravations chez des femmes qui passent du premier au deuxième degré ; 9 états stationnaires chez des femmes qui restent au premier degré.

* * *

Si nous résumons ces résultats, il apparaît que sur 65 multipares qui ont allaité 13 ont subi une aggravation, 38 sont restées dans un état stationnaire et 14 ont été améliorées.

Sur les 69 qui n'ont pas allaité, 17 ont été aggravées, 43 sont restées dans un état stationnaire et 9 améliorées.

Nous pouvons donc en conclure :

1° Que les cas d'aggravation, et ceux où l'état reste stationnaire sont aussi nombreux chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas ;

2° Qu'au contraire les cas d'amélioration sont plus nombreux chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas ;

3° Qu'enfin nous trouvons des femmes qui allaitent un nombre considérable de fois et sont malgré tout

améliorées alors que des femmes qui n'allaitent pas ou allaitent peu subissent une aggravation.

Il semble donc bien résulter de ces chiffres que l'allaitement n'a pas l'action aggravante que certains lui ont attribuée.

INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LA GESTATION

Fécondation. — Presque tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que la femme tuberculeuse est rarement fécondée, Bonnaire explique ce phénomène par une déchéance ovarienne qui résulterait de l'infection tuberculeuse.

Ces principes sont du reste conformes aux résultats de l'expérience. Landouzy et Lœderich s'expriment en ces termes : « les femelles ne sont que rarement et difficilement fécondées pendant que la tuberculose est en évolution active et virulente. »

Gestation. — La fréquence des accouchements prématurés, n'a guère été admise que par Bourgeois et Ortega. Aujourd'hui cette opinion n'est plus acceptée et le professeur Pinard dit « qu'il est remarquable de constater combien de tuberculeuses même cachectiques, cavitaires, mènent leur gestation près du terme, sinon à terme. » Ce n'est que sous l'influence d'une toux opiniâtre, de l'hémoptysie, de

l'hypertermie, « dans les formes florides qui ressemblent plus à une pneumonie qu'à une tuberculose » (de Lee), ou dans les cas ou la femme est trop malade pour vivre jusqu'au terme que l'accouchement prématuré se produit.

Ici encore l'expérience confirme l'observation et Landouzy nous apprend que « chez les femelles inoculées avant la fécondation, la gestation a presque toujours été menée à terme ; chez les femelles inoculées pendant la gestation, l'évolution varie avec la période de l'inoculation et surtout avec la virulence de celle-ci. Les femelles en observation ont avorté assez rarement au total ».

Nattan-Larrier obtient des résultats analogues. L'inoculation étant faite avant la troisième semaine ; mort du produit et momification sans avortement ; de la cinquième à la septième semaine : mise bas prématurée ; à la fin de la septième semaine ; mise bas ou aucun effet. L'avortement ne se produit qu'après un délai de cinq à quinze jours.

Chez une femelle injectée au préalable :

1° La conception est rare (1 cas sur 3) ;

2° La gestation se poursuit en général, si la fécondation s'est produite.

Or, que nous apprend la statistique ?

Sur les 78 observations de primipares que nous avons relevées nous comptons 40 accouchements à terme, 22 au neuvième mois, 7 au huitième mois, 5 au septième mois, et 4 accouchements au sixième mois et avortements.

Sur ces 38 accouchements prématurés et avortements, 36 paraissent expliqués par les causes qui les provoquent habituellement ; endométrite, insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, surmenage, traumatisme sexuel, albumine, fibromes. Deux accouchements au neuvième mois n'ont pas de cause évidente ; encore faut-il dire que l'un d'eux semble très rapproché du terme, et que dans l'autre, les membranes sont déchirées et ne permettent pas de savoir si le placenta est ou n'est pas inséré normalement.

Sur les 94 multipares qui n'ont pas encore accouché à Beaudelocque, 41 accouchent à terme, 26 au neuvième mois, 15 au huitième, 4 au septième, 8 au sixième ou plus tôt. A l'exception de deux accouchements prématurés, l'un au neuvième, l'autre au huitième, tous les autres semblent reconnaître une des causes usuelles.

Enfin, chez les 40 femmes qui ont déjà accouché à Baudelocque, nous comptons 18 accouchements à terme, 14 au neuvième mois, 1 au huitième, 2 au septième, et 5 accouchements au sixième mois ou avortements. Des 22 accouchements prématurés ou avortements deux seulement ne peuvent être expliqués.

Avant de terminer ce chapitre, il paraît intéressant de comparer ces résultats avec les résultats généraux d'une année quelconque.

Nous arrivons, chez nos 212 tuberculeuses, à un total de :

99	accouchements	à terme	soit 46,69 o/o
62	—	au 9e mois	soit 29,24 o/o
23	—	au 8e mois	soit 10,84 o/o
11	—	au 7e mois	soit 5,18 o/o

Or les résultats généraux de l'année qui s'écoule entre le 1er octobre 1913 et le 1er octobre 1914, sont les suivants :

A terme.....	33,43 o/o
Au 9e mois.....	47,90 o/o
Au 8e mois.....	11,52 o/o
Au 7e.....	4,28

Ces chiffres prouvent que la tuberculose par elle-même, n'est pas une cause d'avortements ou d'accouchements prématurés.

ACTION DE LA TUBERCULOSE SUR L'ACCOUCHEMENT

Elle est généralement peu marquée. Cependant la dyspnée peut prolonger le travail, et quand elle est intense, il y a intérêt à terminer au plus tôt l'accouchement soit par une application de forceps ou une version.

Or, la statistique nous révèle que sur 78 accouchements de primipares 61 ont été spontanés. On a dû pratiquer 2 applications de forceps pour accidents

asystoliques chez des femmes qui en dehors de leurs lésions tuberculeuses portaient des lésions cardiaques, 5 pour souffrance fœtale, 5 pour défaut de progression de la tête et seulement 2 pour accidents dyspnéiques.

En outre 2 versions ont été opérées dans des accouchements gémellaires et 1 opération de Porro pour œdème du col chez une albuminurique.

Pour les multipares accouchant pour la première fois à Baudelocque, sur 99 accouchements, 89 ont été spontanés, 3 applications de forceps ont été faites pour dyspnée, une pour impotence fonctionnelle utérine et une version pour présentation de l'épaule.

Enfin chez les multipares qui ont déjà accouché à Baudelocque, sur 40 accouchements, 39 ont été spontanés et une application de forceps a été pratiquée pour dyspnée.

ACTION DE LA TUBERCULOSE SUR LES SUITES DE COUCHES

Elle est si intimement liée à celle des suites de couches que les résultats exposés à ce chapitre, répondent aussi bien à l'une qu'à l'autre sans qu'il soit possible de distinguer ce qui revient à chacune.

CONDUITE A TENIR

Nous avons assisté à l'évolution des opinions au sujet des influences mutuelles de la tuberculose et de la gestation ; aussi n'est-il pas surprenant de constater que la ligne de conduite des médecins a subi une évolution à peu près parallèle.

Jusqu'en 1849, comme il est naturel, on se contente de soigner la tuberculose en favorisant par tous les moyens possibles, repos, alimentation, etc., le cours de la gestation. A cette époque, malgré le revirement des idées, le traitement ne varie pas. Que pourrait-on faire de plus, sinon pratiquer l'interruption artificielle de la gestation. Mais les uns estiment cette opération contraire à la morale ou à la loi, les autres ne voient en elle qu'un remède inefficace, peut-être même dangereux. Bref personne ne l'admet encore.

Ce n'est qu'en 1886, au Congrès de la Société d'obstétrique de Rome, que Pasquali et Bompiani présentent plusieurs cas d'interruption artificielle de la gestation qu'ils ont cru justifiés par une tuberculose concomitante. Puis quatre ans plus tard, W. Duncan plaçant la tuberculose au rang des complications de la gestation, pose à nouveau le problème de l'interruption. Cette thérapeutique nouvelle ne tarde pas à trouver des adeptes dans tous les pays : les écoles

allemande et italienne seront ses champions. Elles l'appliquent à la prédisposée comme à la cavitaire, bientôt même elles la trouvent insuffisante : elles veulent empêcher le retour d'une nouvelle gestation ; aussi proposent-elles au Congrès de 1912, la stérilisation, soit définitive, soit temporaire, suivant les circonstances, comme complément indispensable de l'interruption.

Par contre, la majorité des auteurs français rejettent cette intervention, et entre les deux opinions extrêmes se trouve celle des éclectiques.

Les interventionnistes invoquent les résultats décevants du traitement médical pur.

Les abstentionnistes sont effrayés par la mortalité opératoire qui atteint 30 o/o. Encore dans les 70 o/o des cas qui sont réputés guéris, sont compris ceux des femmes qui meurent deux ou trois ans après. Il faut ajouter à cela que, d'après le professeur Bar, l'accouchement et l'avortement provoqués sont suivis, trente fois sur cent, d'une évolution tuberculeuse.

Les éclectiques se demandent s'il n'y a pas des cas où une intervention éviterait l'aggravation qui, sans elle, se serait produite, et provoquerait même une amélioration. Mais alors comment déceler ces cas ? De nombreux facteurs doivent être envisagés : influence des gestations antérieures, présence ou absence de complications (vomissements, albuminurie, néphrites, troubles hépatiques, cardiopathies, tuberculose laryngée) ; examen radioscopique, examen bactériologique des crachats, puis l'état et le

degré des lésions que porte la femme : tous ces facteurs permettent dans une certaine mesure (trop petite disent les abstentionnistes) de prévoir l'évolution de la tuberculose.

C'est alors que des auteurs ont cherché à compléter par des méthodes de laboratoire ces données trop incertaines. La formule leucocytaire, l'indice opsonique, l'ophtalmo-réaction, et la cuti-réaction ont tour à tour été recherchées dans le but de préciser le pronostic.

Mais ces réactions apparaissent encore aux abstentionnistes comme sujettes à trop de causes d'erreur pour pouvoir fournir l'indication formelle d'une intervention.

Il faudrait alors pratiquer systématiquement l'interruption de la gestation chez toutes les tuberculeuses, ou n'y avoir jamais recours.

Il est cependant des cas où l'intervention est admise par tous : ce sont ceux où l'état de la mère est si avancé que l'avenir de l'enfant est gravement compromis.

Puisque certains admettent généralement une opération, à quelle époque de la gestation sera-t-elle pratiquée et en quoi consistera-t-elle ?

De l'avis de tous, elle doit être pratiquée pendant le premiers tiers de la gestation, pour ne pas être nuisible à la mère. A cette période, l'aggravation ne s'est pas encore produite, et plus tard la mère n'échapperait pas à celle que peuvent provoquer les suites de couches.

Quant à la question de l'opération en elle-même elle est fort discutée : pour le professeur Bar l'avortement provoqué sera suffisant si l'aggravation est due à une inhibition des anticorps. Si elle est due à la dispersion des bacilles sous l'influence des contractions utérines, l'hystérectomie est nettement indiquée. Bardeleben n'excise que l'aire placentaire qu'il considère comme infectée. Dutzmann selon les lésions pulmonaires, suivant les complications qui surgissent, pratique la ligature ou l'excision des trompes, ou bien l'hystérectomie.

Quant aux abstentionnistes que font-ils? Ils se bornent à laisser évoluer la gestation en soignant la tuberculose. Le repos, le grand air, une bonne alimentation seront aussi utiles à l'une qu'à l'autre. Pour lutter contre la seconde ils ont tout un arsenal médical à l'énumération duquel nous ne procéderons pas ici.

A quel traitement ont été soumises nos 212 femmes? Dans un seul cas la gestation à été interrompue artificiellement pour accidents dyspnéiques, chez une femme qui présentait, en plus de ses signes de bacillose, des crises épileptiformes.

Aussi est-ce dire que la méthode abstentionniste est en honneur à la Clinique Baudelocque et les résultats que nous indiquons à chaque chapitre, montrent assez quelle est sa valeur.

VALEUR DU PRODUIT DE LA CONCEPTION

La tuberculose est tenue pour héréditaire jusqu'au milieu du XIXe siècle. A partir de cette époque, on la considère comme uniquement contagieuse. L'hérédo-contagion est admise par tous depuis qu'on a trouvé des lésions tuberculeuses à l'autopsie de fœtus ou d'enfants nouveau-nés, des bacilles de Koch dans le sang du cordon et dans le liquide amniotique, enfin des lésions ou des bacilles sans lésions dans le placenta. Seule sa fréquence est discutée.

Comment se fait l'infection.

L'infection paternelle est peu probable. L'expérience a montré que le sperme des tuberculeux contenant des bacilles est impropre à la fécondation.

De même, il ne semble pas qu'un ovule, contenant un bacille de Koch puisse se développer.

L'enfant reçoit donc l'infection de sa mère à travers le placenta. Or, si certains ont trouvé que fréquemment des bacilles pouvaient traverser cet organe, d'autres ne voient, dans ce phénomène, qu'une très rare exception. Mais si le filtre placentaire arrête les bacilles, il n'en est plus de même des toxines qui le traversent facilement et vont imprégner le fœtus en produisant chez lui une sorte d'anaphylaxie qui le rend plus apte à contracter la tuber-

culose, et en créant parfois chez lui des tares dystrophiques.

Mais de même que l'enfant est quelquefois sensibilisé à l'infection tuberculeuse, on conçoit qu'il peut être, d'autres fois, immunisé. Sous l'influence des toxines dont il est imprégné ; des anticorps capables de les annihiler se développeraient dans son organisme et le préserveraient de l'infection après sa naissance.

L'expérience et la clinique s'accordent pour prouver l'exactitude de cette théorie.

Si donc des enfants de tuberculeux sont tuberculeux, c'est que le plus souvent ils ont contracté la maladie au contact de leurs parents.

Vittoz dans une étude intéressante a constaté que parmi des enfants de souche bacillaire, ceux qui étaient élevés par leurs parents mouraient en grand nombre alors que ceux qui étaient placés, à leur naissance, dans des nourrisseries bien organisées,en sortaient tous bien portants.

Les enfants issus de tuberculeux ne semblent donc pas être, comme on l'a prétendu, des non-valeurs et parlant d'eux le professeur Pinard dit :

« On voit nombre de ces enfants qui aujourd'hui se portent bien et dont nombre de garçons ont fait leur service militaire, et dont nombre de filles ont accompli plusieurs fois la fonction de reproduction ».

Quant aux enfants, nés à Baudelocque de mères bacillaires, nous n'avons malheureusement pu les suivre que pendant les dix ou douze jours pendant

lesquels leurs mères ont été hospitalisées. Tout ce qu'il nous a été possible de faire, à été limité à la recherche du poids aussitôt après l'accouchement et de l'état général à la naissance et à la sortie. Seuls nous ont paru intéressants les enfants nés pratiquement viables c'est-à-dire entre le septième mois et le terme normal.

En suivant la classification adoptée, nous trouvons pour le poids.

1° *Chez les primipares :*

Au-dessus de 4.000 gr. : 2 enfants nés à terme.

De 3.500 à 4.000 gr. : 11 enfants à terme.

De 3.000 à 3.500 gr. : 21 enfants dont 17 à terme et 4 au neuvième mois.

De 2.500 à 3.000 gr. : 21 enfants dont 6 à terme, 10 au neuvième mois et 5 au huitième mois.

De 2.000 à 2.500 gr. : 12 enfants dont 2 à terme, 7 au neuvième mois et 3 au huitième.

Nous avons en plus 4 enfants dont le poids varie de 1.650 à 1.900 gr. (2 à terme et 2 au 9e mois issus de mères albuminuriques).

2° *Chez les multipares accouchant pour la première fois à Baudelocque :*

Au-dessus de 5.000 gr. : 1 enfant à terme.

De 4.000 à 4.500 gr. : 2 enfants dont 1 à terme et 1 au neuvième mois.

De 3.500 à 4.000 gr. : 16 enfants dont 12 à terme, 3 au neuvième mois et 1 au huitième.

De 3.000 à 3.500 gr. : 18 enfants dont 13 à terme et 5 au neuvième mois.

De 2.500 à 3.000 gr. : 20 enfants dont 8 à terme, 9 au neuvième mois et 3 au huitième mois.

De 2.000 à 2.500 gr. : 16 enfants dont 3 à terme, 8 au neuvième mois et 5 au huitième mois.

3° *Enfin chez les multipares qui ont déjà accouché à Baudelocque :*

De 3.500 à 4.000 gr. : 5 enfants dont 4 à terme et 1 au neuvième mois.

De 3.000 à 3.500 gr. : 11 enfants dont 8 à terme 2 au neuvième mois et 1 au huitième.

De 2.500 à 3.000 gr. : 6 enfants, 2 à terme et 4 au neuvième mois.

* * *

Considérant maintenant les enfants non plus au point de vue du poids mais au point de vue de l'état général, nous distinguerons les enfants vivants en deux catégories, ceux dont l'état général est bon, que nous apellerons les enfants bons, et les débiles.

I. — *Chez les primipares nous trouvons :*

1° A terme, à la naissance 34 enfants bons, à la sortie 33 bons (un mort de broncho-pneumonie), 2 débiles à la naissance, 2 débiles à la sortie, 1 enfant mort et macéré (albumine chez la mère) ;

2° Au neuvième mois : 17 enfants bons à la naissance, 17 bons à la sortie, 6 débiles à la naissance, 6 débiles à la sortie ;

3° Au huitième mois : 4 bons à la naissance, 4 bons à la sortie, 4 débiles à la naissance, 3 débiles et 1 mort à la sortie.

II. — *Chez les multipares accouchant pour la première fois à Baudelocque.*

1° A terme : 39 bons à la naissance, 39 bons à la sortie, 1 débile à la naissance, 1 débile à la sortie ;

2° Au neuvième mois : 23 bons à la naissance, 23 bons à la sortie, 4 débiles à la naissance, 4 débiles à la sortie ;

3° Au huitième mois : 7 bons à la naissance, 7 bons à la sortie, 6 débiles à la naissance, 5 débiles, 1 mort à la sortie, 1 mort-né (syphilis).

III. — *Chez les femmes ayant déjà accouché à Baudelocque.*

1° A terme : 18 bons à la naissance, 18 bons à la sortie ;

2° Au neuvième mois : 10 bons à la naissance, 10 bons à la sortie, 4 débiles à la naissance, 4 débiles à la sortie, 1 mort-né (syphilis) ;

3° Au huitième mois : 1 bon à la naissance, 1 bon à la sortie.

* * *

Que conclure de ces résultats ? Si nous considérons le poids, nous arrivons pour les enfants à terme à un poids moyen de 3.300 grammes bien voisin du poids moyen des enfants normaux.

Si nous considérons l'état général, nous ne relevons parmi les enfants que nous avons qualifiés bons, qu'un seul décès par broncho-pneumonie et parmi les débiles au huitième mois 2 décès qui n'ont point de cause évidente. Peut être sont-ils dus à la

tuberculose. Nous n'en avons point la preuve, mais nous n'avons aucun élément qui nous permette de le nier.

En tous cas, il semble que l'on puisse dire que les enfants issus de tuberculeux ont un poids voisin de ceux qui naissent de parents sains, et que chez eux la mortalité et la morbidité, pendant les jours qui suivent leur naissance, ne dépassent pas la normale.

CONCLUSIONS

Si nous reprenons un à un les différents chapitres de ce travail, nous voyons que la statistique nous conduit aux résultats suivants :

1° *Action de la gestation sur la tuberculose.* — Nous trouvons :

Chez les primipares : 9 aggravations, 34 états stationnaires, 17 améliorations.

Chez les multipares : 30 aggravations, 81 états stationnaires, 23 améliorations ;

2° *Action de l'accouchement.* — 1 décès ;

3° *Action des suites de couches.* — 175 femmes ont pu sortir de la clinique dans les même délais que les accouchées normales, 39 ont été maintenues en traitement à Baudelocque ou passées à l'infirmerie.

Sur les 17 maintenues à Baudelocque soit en raison de leur état pulmonaire soit pour toute autre cause, nous trouvons 2 cas d'aggravation et 15 états stationnaires.

Sur les 22 femmes passées à l'infirmerie, 13 l'ont été en raison de leur état pulmonaire et 9 pour des causes étrangères.

Enfin 2 sont décédées ;

4° *Action de l'allaitement sur la tuberculose.* — Sur 65 multipares qui ont allaité, 13 ont subi une aggravation, 38 sont restées dans un état stationnaire et 14 ont été améliorées.

Sur 69 femmes qui n'ont jamais allaité, 17 ont subi une aggravation, 43 sont restées dans un état stationnaire et 9 ont été améliorées.

5° *Action de la tuberculose sur la gestation.* — Sur 212 accouchements, nous en trouvons 99 à terme, 62 au neuvième mois, 23 au huitième, 11 au septième et 17 au sixième ou avant ce terme ;

6° *Action de la tuberculose sur l'accouchement.* — Chez les 78 primipares nous trouvons : 61 accouchements spontanés, 14 applications de forceps, 2 versions et une opération de Porro pour œdème du col, chez une albuminurique.

Chez les 134 multipares nous trouvons, 128 accouchements spontanés, 5 applications de forceps et 1 version ;

7° *Action de la tuberculose sur les suites de couches.* — Cette action semble intimement liée à celle des suites de couches sur la tuberculose dont les résultats ont été déjà indiqués ;

8° *Conduite tenue.* — Une seule fois la gestation a été interrompue artificiellement pour accès dyspnéiques intenses ;

9° *Valeur du produit de la conception.* — Pendant

les dix ou douze jours que les enfants passent, pour la plupart, à la clinique Baudelocque, la mortalité et la morbidité des enfants issus de mères tuberculeuses, ne sont pas plus élevées que celles des enfants issus de mères saines.

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Le président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Bar, Bossi Martin. — Rapport au Congrès international de la tuberculose de Rome, 1912 (*C. R. in Revue de la tuberculose*, juin-août 1912, p. 387).

Bar, Daunay, Devraigne et Chirié.—(*Société Obstétricale de France*, 1911).

Bar et Devraigne. — De l'épreuve à la tuberculine chez les femmes enceintes (*Société d'Obstétrique*. Paris, 16 février 1911).

Bardeleben. — Benurkungen zur Indikation und Tecknick des Korpusexcision bei tuberkulosen Schwangeren (*Zeitschr für Gynæk.*, 1911, p. 108, S. C. R. *in Annales d'obst., et de Gynéco.*, 1912, p. 367).

Begtrop. — Lungen tuberkulose und Schwangerschaft. Bibliothek for Lœger, 1911.

Bumm. — Précis d'obstétrique (*Traduction Payot*, 2e édition 1914).

Colombet. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (*Gazette des Hôpitaux*, 27 juillet 1912, p. 1.223).

Dutzmann. — Einzeitige Operations methode de der Kunstlichen abortes und des Tuben-sterilisation bei Graviditat und Tuberkulose (*Zeitschr. fur Gynæk.*, 1911, p. 1128. C. R. *in An. d'obst. et de Gynéco.*, juin, 1912, p. 369).

Landouzy. — Rapport à la IXe conférence internationale contre la tuberculose, Bruxelles, 1910.

De Lee. — The Principes and Practice of obstetrics, 2e édition, 1915, p. 492.

Lurz. — *Zeitschr. fur Tuberkulose*, 1913, t. XX, p. 180.

Magnette. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'évolution de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement et l'avortement spontané ou provoqué (*Thèse de Lyon*, 1908).

Marfan. — Incidents de l'allaitement naturel (*Journal des Praticiens*, 19 février 1917, p. 83).

Monnier. — Considérations sur les rapports de la grossesse et de la puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1908).

Nattan Larrier. — Tuberculose et gestation (*Revue de la tuberculose*), 1903.

Nobécourt et Paraf. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale (*Presse médicale*, 18 février 1920, p. 133).

Norris. — Gestation chez les tuberculeuses, American (*Journal of obstetrics*, 1916, t. LXXIII, p. 997).

Norris (C.-C.). — *Pensylvania Médical Journal*, 1916, p. 328.

Noris et Landis. — Pregnancy and pulmonary Tuberculosis (*The Journal of A. M. N.*, 9 février 1918, p. 362).

Pinard. — De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation (*Annales d'Obst. et de Gynéco.*, juin 1912, p. 321 et 330).

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique, 8e édition, 1914.

Sabourin. — Quelques observations sur l'hérédité tuberculeuse l'immunité anti-tuberculeuse héréditaire (*Presse médicale*, 17 juin 1915, p. 215).

— A propos du mariage des tuberculeuses (*Journal des Praticiens* du 6 septembre 1818).

Sergent. — *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1914, p. 47.

— Tuberculose et grossesse (*Presse médicale*, 5 juillet 1913, p. 558).

— Etudes cliniques sur la tuberculose, 1919, p. 351.

VARIOT. — Les obstacles à l'allaitement maternel (*Journal des Praticiens*, 15 septembre 1917, p. 586).

VITOZ. — De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire (*Thèse de Lyon* 1911).

Imp. spéciale de la Librairie ARNETTE, à Mayenne — 4578-20